



בקשה למתן היתר – סיעוד

מדינת ישראל
משרד התעשייה המסחר והתעסוקה
יחידת הסמך לעובדים זרים
ענף סיעוד

טופס א'

בקשה לקבלת היתר להעסקת עובד זר או להארכת היתר קיים – ענף סיעוד

יש לסמן "X" במשבצת המתאימה:

בקשה חדשה, בקשה להארכת היתר מס' _____ שמסתיים בתאריך _____.

1. פרטי המטופל:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	מצב משפחתי
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

2. פרטי המעסיק: (במקרים בהם המטופל אינו מסוגל לקיים חובות כמעביד של עובד זר, מחמת גילו או מצב בריאותו, יש לרשום בסעיף זה את פרטי בן המשפחה או האפוטרופוס החוקי של המטופל, שיהא אחראי להעסקת העובד הזר במתן טיפול סיעודי למטופל. במקרה זה מכתבים מטעם יחידת הסמך יישלחו לכתובתו של המעסיק).

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	שנת לידה	זיקה למטופל
ישוב	רחוב	מס' בית ודירה	מיקוד	טלפון/פלאפון

3. פרטי הזכאות (יש לסמן את התשובה הנכונה ולמלא את הפרטים החסרים):

א. המטופל נבדק ע"י המוסד לביטוח לאומי ונמצא זכאי לאחת הגמלאות/הקצבאות להלן:

גמלת סיעוד ברמה _____ (היתר להעסיק עובד זר יינתן ע"פ אישור המוסד לביטוח לאומי

כי המטופל צבר 4.5 נקודות ADL במבחן תלות, או 4 נקודות ADL ונקודות בודד).

קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) _____.

קצבת ילד נכה _____.

קצבת ניידות _____.

קצבת נכי עבודה _____.

קצבת נכי פעולות איבה _____.

ב. המטופל הינו גבר מעל גיל 65 או אישה מעל גיל 60, אשר אינו זכאי לקצבת סיעוד מאת המוסד לביטוח לאומי **מחמת גובה הכנסתו**, ולכן נעשה לו מבחן תלות על ידי האגודה למען שירותי בריאות הציבור (יש לצרף את תוצאות מבחן התלות) (היתר להעסיק עובד זר יינתן ע"פ אישור האגודה כי המטופל צבר 4.5 נקודות ADL במבחן תלות, או 4 נקודות ADL ונקודות בודד).

ג. המטופל נמצא בטיפול משרד הביטחון:

הורה שכול / אלמנת צה"ל _____.

נכה/ת צה"ל _____.



בקשה למתן היתר – סיעוד

מדינת ישראל
משרד התעשייה המסחר והתעסוקה
יחידת הסמך לעובדים זרים
ענף סיעוד

4. האם המטופל מתגורר בבית אבות/דיור מוגן/בי"ח שיקומי/מסגרת מוסדית אחרת?

לא

כן, ציין את שם המוסד וכתובתו: _____ (יובהר כי לא

ייתן היתר למטופל השוהה במסגרת מוסדית-למעט דיור מוגן).

5. יש למלא סעיף זה רק כאשר המטופל הינו קטין הזכאי לקצבת ילד נכה מאת המוסד
לביטוח לאומי (סמן אחד):

- א. מחמת נכותו, זקוק הילד לליווי למתן עזרה פיזית כתנאי להשתתפותו במסגרת לימודית.
- ב. מחמת נכותו, נבצר מהילד להשתתף במסגרת לימודית/טיפולית.
- ג. מתקיימות נסיבות רפואיות מיוחדות המצריכות טיפול יומיומי צמוד וממושך בילד בביתו.

6. באם התקשרת עם חברת כוח אדם לצורך תיווך העובד הזר, נא ציין את שם החברה:

7. חתימה: (הבקשה תיחתם על ידי המטופל ובאם המטופל אינו המעסיק, על ידי המעסיק):

אני הח"מ, מר/גב' _____ מאשר כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ושלמים ואני מתחייב להודיע ליחידת הסמך באם יחול שינוי בפרטים אלו.

_____ חתימה

_____ תאריך

_____ מספר ת.ז.

_____ שם ושם משפחה



בקשה למתן היתר – סיעוד

מדינת ישראל
משרד התעשייה המסחר והתעסוקה
יחידת הסמך לעובדים זרים

ענף סיעוד

טופס ב'

התחייבות מעסיק

אני מתחייב להעסיק את העובד הזר אך ורק במתן טיפול סיעודי עבורי/עבור המטופל שפרטיו רשומים בסעיף 1 בטופס הבקשה להיתר (להלן: המטופל). לא אנייד את העובד למעסיק אחר וזאת גם אם יבקש זאת העובד וגם אם יקבל על כך תשלום נוסף.

אני מתחייב להודיעכם מיד על הפסקת הצורך בטיפול מכל סיבה שהיא לרבות הטבה במצב הרפואי שלי/של המטופל.

ידוע לי כי נזקק המתגורר במסגרת מוסדית/טיפולית (מלבד דיור מוגן) אינו זכאי להיתר להעסיק עובד זר, וכי אם אעבור/יעבור המטופל לשהות במסגרת מוסדית כלשהי (בית אבות, בית חולים שיקומי וכיוצ"ב, למעט דיור מוגן) ההיתר שינתן יפקע. אני מתחייב להודיעכם מיד עם העברתי/העברת המטופל למסגרת מוסדית כאמור.

אני מצהיר כי ידוע לי כי כל תנאי ההעסקה החלים לגבי עובדים ישראלים חלים גם לגבי עובדים זרים, ובכלל זה חובות בדבר תשלום דמי הבראה, מתן חופשות בתשלום, מתן יום מנוחה שבועי, תשלום פיצויי פיטורים, ותשלום שכר מינימום. כמו-כן, ידוע לי כי בית הדין הארצי לעבודה פסק, כי עובד זר אשר התגורר בבית מעסיקו ועמד לרשות המעסיק במשך רוב שעות היום, ללא שעות עבודה מוגדרות, זכאי לשכר העולה ב- 30% על שכר המינימום החוקי. בנוסף, ידוע לי כי מלבד החובות דלעיל חלות על מעסיק של עובד זר חובות מיוחדות כלפי העובד לפי חוק עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים), התשנ"א- 1991. באם יינתן לי/למטופל היתר להעסיק עובד זר, אני מתחייב לקיים את כל מחויבותי כמעסיק כדין. ידוע לי כי אי קיום חובה מהותית החלה עלי כלפי העובד הזר יביא לביטול ההיתר.

אני מתחייב לשתף פעולה עם כל מפקח עבודה שיבקש לוודא קיום הוראות הדין כלפי העובד הזר, ובכלל זה למסור לו כל מסמך שיידרש על ידו ולאפשר לו לשוחח עם העובד ביחידות.

ידוע לי כי תוקף ההיתר שינתן לי/למטופל יפקע אם יתברר כי ההצהרות דלעיל אינן נכונות בשלמותן או אם לא יקוימו על ידי אחת מההתחייבויות דלעיל.

ידוע לי כי ניווד של העובד הזר ו/או העסקתו שלא במתן טיפול סיעודי למטופל מהווים הפרה של תנאי ההיתר ויביאו לביטול ההיתר.

תאריך

חתימת המטופל/המעסיק

מס' תעודת זהות

שם פרטי ומשפחה



בקשה למתן היתר – סיעוד

מדינת ישראל
משרד התעשייה המסחר והתעסוקה
יחידת הסמך לעובדים זרים
ענף סיעוד

טופס ג'

הצהרת ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' תעודת זהות _____

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי וליקויי הגופניים בעבר ובהווה, הקיים לגבי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי או אחר, יימסר ליחידת הסמך או למי מטעמה.
2. אני מסכים/ה ומבקש/ת שכל אדם או מוסד אשר בידו מצוי מידע כלשהו אודות מצב בריאותי, ימסור אותו ליחידת הסמך או לגורם מטעמה על פי דרישה.
3. הסכמתי זו באה לאפשר ליחידת הסמך או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע של עובד זר למתן טיפול סיעודי ולהחליט בבקשה שהגשתי בעניין זה.
4. אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני לצורך קבלת החלטה בבקשתי למתן היתר להעסקת עובד זר.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי